

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号																
被 保 険 者	フリガナ											性別	男・女					
	氏名																	
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日													
	住所																	
負担区分	低所得Ⅰ・低所得Ⅱ	長期入院	該当・非該当															

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください		入院日数合計 ( 日間)	
①	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日～平成 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日～平成 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日～平成 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日～平成 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

平成 年 月 日

申請者 氏名

印